

SŁAWOMIR ŚLASKI

OSOBOWOŚCIOWE I SPOŁECZNE PROBLEMY UCZESTNIKÓW WIĘZIENNEJ TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOŁU – „ATLANTIS”

W badaniach postawiono ogólną hipotezę, że osoby uczestniczące w programie leczenia uzależnień w zakładzie karnym przejawiają więcej problemów psychologicznych, społecznych, prawnych i medycznych niż osoby uzależnione poza więzieniem. Za pomocą Testu Przymiotników i wywiadu zbadano grupę eksperymentalną – 118 więźniów uzależnionych od alkoholu i uczestniczących w psychoterapii – „Atlantis”, a także grupę kontrolną 29 osób uzależnionych od alkoholu i uczestniczących w psychoterapii poza zakładem karnym. Stwierdzono, że więźniowie charakteryzują się następującymi problemami: popełnili czyny karalne przeciwko rodzinie, mieniu i czyny zabójstwa, wykazują bardzo niski poziom samokrytyki w zakresie swoich problemów interpersonalnych, rodzinnych, z przemocą i somatycznych, przejawiają duże nasilenie postaw obronnych i samokontroli zachowania, prezentują niski poziom dążeń i osiągania celów związanych z utrzymywaniem abstynencji alkoholowej. W przyszłych badaniach należy uwzględnić szerszą diagnozę struktury osobowości – całej sfery emocjonalnej, a także sfery poznawczej osób poddających się psychoterapii uzależnień w więzieniu.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, więźniowie.

W ostatnich kilkunastu latach w Polsce nastąpiły poważne zmiany w sposobie podejścia do leczenia uzależnień od alkoholu. Zmiany te zaowocowały powstaniem różnorodnych programów i procedur terapeutycznych na bazie psycholo-

gicznego i Anonimowych Alkoholików modelu uzależnień (Ślaski, 1996). W programach takich dla każdego uczestnika – zgodnie ze standardami merytorycznymi – wymaga się przygotowania adekwatnej diagnozy psychospołecznej. W niniejszym artykule zastosowano do diagnozy metodę testową i wywiad psychospołeczny zgodnie z wymogami schematu badawczego z jednym pomiarem w grupie badawczej i kontrolnej (Sulek, 1983). Istotne było to, by przygotować odpowiedni program psychoterapii dla każdej osoby, uwzględniając jej preferencje psychologiczne i w konsekwencji zainicjować dalsze pozytywne zmiany w strukturze osobowości więźnia.

Przeglądając współczesną literaturę dotyczącą osób uzależnionych od alkoholu i będących w zakładzie karnym, można pokusić się o ich charakterystykę. W stosunku do osób, które uczestniczyły w leczeniu uzależnień na wolności, charakteryzowały się one: długimi epizodami używania alkoholu lub narkotyków; były częściej hospitalizowane z tego powodu (Rapp, 2003); rzadziej uczestniczyły w mitingach Anonimowych Alkoholików; przejawiały niższy poziom uspołecznienia (Kulpa, 1983; Moss, 2000, 2003; Ślaski, 2005); były częściej konfliktowe (Holahan, 2001); rzadziej założyły rodziny; były częściej bezrobotne, a także częściej karane przez sądy; nie wykazywały chęci do zmian (Boyle, 2000); częściej były bezdomne i samotne (Black, 2007); słabo sobie radziły ze stresem; częściej przejawiały problemy psychiatryczne (Sławińska, 1989; Weisner, 2003); miały deficyty poznawcze, wysoki poziom agresji i złości oraz wyższy poziom lęku (Longato-Stadler, 2002; Ślaski, 2006); były bardziej wrażliwe na krytykę (Pilecka, 1991; Miller, 2002).

Nie spotkano jednak żadnych badań w literaturze przedmiotu dotyczących charakterystyki osobowości więźniów uzależnionych od alkoholu za pomocą Testu Przymiotnikowego (ACL). Jest to istotne z punktu widzenia wielu badań, z których wynika, że diagnoza struktury osobowości ludzi niedostosowanych społecznie (m.in. więźniowie, osoby uzależnione od alkoholu) ułatwi terapeutom opracowanie adekwatnego programu pomocy takim osobom. Bo przecież taki plan pomocy ma służyć uczestnikom do wyboru satysfakcjonującego stylu życia (bez udziału alkoholu) i niepowracania na drogę ponownego przestępstwa (Ostrowska, 1981; Mellibruda, 1992; Masiak, 1989; Walfish, Blount, 1989; McMurrin, 1989, 1995; Rapp, 2003; Moss, 2004).

Dlatego podsumowując przedstawione badania, można postawić pytanie badawcze: jaka będzie charakterystyka psychospołeczna więźniów uczestniczących w programie psychoterapii uzależnień?

W ramach przedstawionego pytania badawczego można też postawić ogólną hipotezę: osoby uczestniczące w programie leczenia uzależnień w zakładzie karnym przejawiają więcej problemów psychologicznych, społecznych, prawnych i medycznych niż osoby uzależnione poza więzieniem.

Szczegółowe hipotezy zaś można sformułować następująco: osoby biorące udział w więziennej terapii uzależnień różnią się od uczestników w wolnościowym programie leczenia w następującym zakresie: większą częstotliwością karnania przez sądy; rzadszym podejmowaniem pracy; dłuższym okresem uzależnienia od alkoholu; większą liczbą zaburzeń psychiatrycznych; mniejszą gotowością do poddania się psychoterapii; mniejszym podporządkowaniem innym ludziom; mniejszą potrzebą wsparcia emocjonalnego; wyższym poziomem konfliktów z innymi ludźmi; niższym poziomem uspołecznienia i życzliwości wobec innych osób; niższym poziomem przystosowania osobistego.

I. METODA

1. *Osoby badane i przebieg badań*

Badania przeprowadzono w Zakładzie Karnym na Służewcu w Warszawie, w oddziale terapii uzależnień, w którym wprowadzono po raz pierwszy w Polsce program dla osób uzależnionych od alkoholu „Atlantis”. Badania testowe i wywiad prowadzono indywidualnie i grupowo w populacji 118 mężczyzn. Udział w badaniach był dobrowolny; badanie zajmowało pacjentowi około 30 minut. Więźniów badano w pierwszym tygodniu pobytu w oddziale terapii uzależnień. Warunkiem uczestnictwa w programie był brak objawów psychopatologicznych.

Grupę kontrolną stanowiło 29 osób uzależnionych od alkoholu (kobiety – $N = 5$, mężczyźni – $N = 24$), z jednego z warszawskich ośrodków pomocy społecznej, które uczestniczyły w programie psychoterapii wywodzącym się z teorii i praktyki modelu Anonimowych Alkoholików (podobnie jak w programie Atlantis). Badania stanu psychicznego pacjentów odbywały się przed rozpoczęciem programu pomocy osobom uzależnionym.

Charakterystyka demograficzna badanych. Badana grupa (ZK) składała się ze 118 osób w wieku 18-54 lata (średnia wieku wyniosła 34,1 roku). Z tabeli 1 wynika, że najwięcej osób badanych (46,6%) występowało w przedziale wiekowym 35-44 lata. Natomiast w grupie kontrolnej (OPS) dominowały osoby (55%) nieco starsze (przedział wieku 44-54 lata).

W grupie ZK nie było konkubentów. Rozkład badanych w pozostałych grupach – żonatych, rozwodników i kawalerów – był niemalże równomierny. Wśród badanych osób dominowało wykształcenie podstawowe i zasadnicze zawodowe, co stanowiło 92,2% badanej grupy. Zwraca uwagę to, że brakowało osób uzależnionych z wykształceniem wyższym.

Można zauważyć, że w grupie uzależnionych więźniów nie ma emerytów, przeważają osoby bezrobotne (25,3%).

Wśród uzależnionych będących w zakładzie karnym mało było osób samotnych (26,4%), a jednak wielu zamieszkiwało z rodziną (50,6%). Odwrotną zależność można zauważyć w grupie osób uzależnionych, leczących się w ośrodku pomocy społecznej.

2. Zastosowane metody badawcze

Weryfikacja postawionego pytania badawczego wymagała pomiaru u badanych struktury osobowości i problemów psychospołecznych. W tym celu zastosowano metodę testową (ACL) i wywiad psychospołeczny własnej konstrukcji.

Test Przymiotników (ACL) H. G. Gougha i A. B. Heilbruna (1980) to lista trzystu przymiotników przeznaczonych do opisu ludzi. Początkowo test zawierał 24 skale, w których większość uwzględniała teorię potrzeb H. J. Murraya. Później dołączono skale skonstruowane na bazie teorii transakcyjnej oraz teorii twórczości i inteligencji. Obecna wersja zawiera 37 skal i została zaadaptowana do warunków polskich przez Jurosa i Olesia (1990). Rzetelność testu α Cronbacha wyniosła dla poszczególnych skal od 0,40 do 0,94, zaś trafność testu – przeprowadzona analizą czynnikową – była zgodna z wersją amerykańską.

Do opisania badanej populacji pod względem zmiennych socjo-demograficznych i problemu alkoholowego zastosowano wywiad psychospołeczny własnej konstrukcji. Obejmował on m.in. następujące kwestie: dane demograficzne, rodzaj i czas uzależnienia, motywy podejmowania terapii uzależnienia, rodzaj dotychczas podejmowanej terapii uzależnień itp.

II. WYNIKI

Uzyskane wyniki dotyczące poszczególnych problemów psychospołecznych wśród badanych osób zostały przedstawione w tab. 1.

Tab. 1. Dane socjodemograficzne osób z grupy uczestniczącej w OPS ($N = 29$) i osób z grupy uczestniczącej w ZK ($N = 118$) w programie psychoterapii uzależnień

Nazwa zmiennej	Osoby uczestniczące w programie OPS		Osoby uczestniczące w programie ZK	
	liczba osób	%	liczba osób	%
1. Płeć:				
kobiety	5	17,5	0	0
mężczyźni	24	82,5	118	100
2. Wiek badanych:				
- 19-24 lata	1	3,5	29	24,6
- 25-34 lata	4	10,5	24	20,3
- 35-44 lata	7	24	55	46,6
- 45-54 lata	16	55	10	8,5
- ponad 55 lat	2	7	0	0
3. Stan cywilny:				
- żonaty/zamężna	5	17,5	40	23,9
- rozwodnik/rozwódka	6	21	35	29,7
- konkubent/konkubina	5	17,5	0	0
- kawaler/panna	11	37	38	32,2
- wdowiec/wdowa	2	7	5	4,2
4. Wykształcenie:				
- podstawowe	14	48,5	55	46,6
- zasadnicze zawodowe	12	41	54	45,6
- średnie	2	7	9	7,8
- wyższe	1	3,5	0	0
5. Zatrudnienie:				
- pracuje na etacie	5	17,5	30	25,3
- pracuje dorywczo	16	54,5	50	42,5
- rencista/rencistka	5	17,5	8	6,9
- emeryt/emerytka	2	7	0	0
- bezrobotny/bezrobotna	1	3,5	30	25,3
6. Z kim mieszka:				
- samotnie	19	65	31	26,4
- z rodziną	10	35	60	50,6
- z innymi osobami	0	0	24	20,3
- bezdomny	0	0	3	2,7
7. Zamieszkiwanie z osobą nadużywającą alkoholu:				
- tak	7	23	38	32
- nie	22	77	77	68
8. Czas uzależnienia od alkoholu:				
- do 5 lat	4	14	25	21,2
- 6-10 lat	4	14	45	39
- 11-15 lat	7	23,5	24	20,4
- 16-20 lat	2	7	16	13,2
- 21-25 lat	11	38	4	3,1
- powyżej 25 lat	1	3,5	4	3,1

9. Nadużywanie: - narkotyki - leki	0 3	0 11	0 7	0 5,9
10. Uzależnienie w rodzinie pierwotnej	16	56	63	53,4
11. Przyczyny podejmowania leczenia uzależnienia: - sam szukał pomocy - skierowany do placówki - presja rodziny - presja otoczenia (ops) - zobowiązanie przez sąd	6 4 1 15 3	20 14 3,5 52 10,5	13 11 63 1 30	11,4 8,9 53,6 0,8 25,3
12. Dotychczasowe leczenie uzależnień: - brak leczenia - antikol lub esperal - grupy AA - detoksykacja - oddział psychiatryczny - terapia psychologiczna - ośrodek pomocy społecznej - klub abstynenta	liczba wskazań nie sumuje się	%	liczba wskazań nie sumuje się	%
	10 19 11 10 5 5 5 5	14 27,6 16,4 14 7 7 7 7	61 29 20 10 10 5 0 5	43,1 20,9 14,4 7,2 7,2 3,6 0 3,6
13. Pobyt w zakładach karnych: - nie był - jeden raz - drugi raz - trzeci raz - cztery razy i więcej	liczba osób	%	liczba osób	%
	15 10 4 0 0	52 35 13 0 0	0 88 27 3 0	0 74,6 22,9 2,5 0

1. Charakterystyka problemu alkoholowego badanych

Średni czas trwania uzależnienia w badanej grupie wynosi 12,5 roku, natomiast w grupie kontrolnej – 16,2 roku. Z tabeli 1 wynika, że w zakładzie karnym najczęściej badanych osób (39%) podejmowało psychoterapię, gdy uzależnienie trwało od 6 do 10 lat, zaś w grupie kontrolnej – w przedziale 21-25 lat i stanowiło 38% badanych. Kwalifikacja osób przyjmowanych do terapii uzależnienia od alkoholu była dość staranna, ponieważ więźniowie uzależnieni od alkoholu byli większością (94,1% całej grupy). Resztę badanej grupy, tj. 5,9%, stanowiły osoby uzależnione od alkoholu i leków. Prawdopodobnie było to

wynikiem przestarzałych poglądów w polskim lecznictwie uzależnień, w którym do końca lat osiemdziesiątych starannie unikano łączenia w terapii pacjentów uzależnionych od różnych substancji psychoaktywnych (Ślaski, 1996).

Jeśli chodzi o uprzednie uzależnienie w rodzinie, nie wyłania się tu tendencja, zgodnie z którą uprzednie uzależnienie w rodzinie bądź brak uzależnienia w rodzinie miałyby wpływ na późniejsze uzależnienie od alkoholu w badanych grupach.

Przyczyny podejmowania terapii uzależnienia od alkoholu w zakładzie karnym były różne. Ponad połowa badanych podejmowała psychoterapię uzależnienia z racji presji rodziny (53,6%) i zobowiązania przez sąd (25,3%), zaś w grupie kontrolnej – z powodu presji ośrodka pomocy społecznej (52%). Duża część badanej grupy (43,1%) do tej pory nie skorzystała jednak z żadnej formy leczenia uzależnienia. Można zauważyć, że na terenach, skąd pochodzą badani (część środkowa i wschodnia Polski), dominował medyczny model pomocy osobom uzależnionym od alkoholu (antikol, esperal, oddział psychiatryczny, detoksykacja), co dotyczy 46,1% badanej grupy.

2. Charakterystyka kryminologiczno-penitencjarna badanych

Opisywana grupa więźniów uzależnionych od alkoholu składała się z osób, które były zróżnicowane pod względem recydywy penitencjarnej. Jednak zdecydowana większość badanych (74,6%) to osoby pierwszy raz odbywające karę pozbawienia wolności (tab. 1). Natomiast w grupie z OPS 15 osób (52%) nie było dotąd karanych sądownie.

Więźniowie, którzy uczestniczyli w programie terapii uzależnień „Atlantis”, odbywali karę pozbawienia wolności za czyny karalne wyróżnione w tabeli 2. Niektórzy osadzeni mieli na swoim koncie dwa lub nawet trzy przestępstwa. Można zauważyć, że są to przede wszystkim sprawcy przestępstw przeciwko rodzinie i mieniu (z włamaniem i agresją). Natomiast w grupie kontrolnej dominowała kradzież i brak było przestępstw typu zgwałcenie, gorszenie czynem nie-rządym i zabójstwo.

Tab. 2. Rozkład przestępstw popełnionych przez badanych według Kodeksu karnego z 1997 roku

Nazwa czynu karalnego	Liczba czynów w grupie OPS	%	Liczba czynów w grupie ZK	%
Znęcanie się nad osobami bliskimi (§207)	9	28,1	37	23,5
Kradzież zuchwała lub z włamaniem (§279)	3	9,4	32	20,3
Niepłacenie alimentów (§209)	6	18,7	29	18,5
Rozbój (§280)	5	15,6	24	15,3
Kradzież zwykła (§278)	6	18,7	13	8,2
Uszkodzenie ciała (§157)	2	6,3	9	5,7
Zabójstwo (§148)	0	0	6	3,7
Gorszenie czynem nierządym (§200)	0	0	3	1,8
Czyn o charakterze chuligańskim (§222)	1	3,2	3	1,8
Zgwałcenie (§197)	0	0	2	1,2
Ogółem	32	100	158	100

3. Charakterystyka psychospołeczna badanych osób

Aby odpowiedzieć na dalszą część pytania badawczego i dokładniej scharakteryzować badane osoby, zastosowano skale samoopisowe do różnych problemów (np. finansowych, prawnych czy rodzinnych) i Test Przymiotnikowy (ACL). Do obliczania wyników surowych i przeliczonych korzystano z programu komputerowego opracowanego na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim w 1993 roku.

Rezultaty badań oceniano także przez porównywanie uzyskanych wyników w badanych grupach. W analizie statystycznej (do sprawdzenia hipotez) używano testu U Manna-Whitneya dla grup niezależnych (poziom istotności – $p < 0,05$).

Wyniki zamieszczone w tabeli 3 ilustrują to, że osoby z grupy kontrolnej (OPS) uczestniczący w psychoterapii uzależnień są bardziej krytyczne wobec wielu problemów niż osoby z grupy badawczej (ZK). Widać też wyraźnie, że w grupie kontrolnej – bardziej niż w grupie eksperymentalnej – dominują problemy interpersonalne ($Z = 5,46, p < 0,00001$), problemy rodzinne ($Z = 4,56, p < 0,0004$), problemy z przemocą ($Z = 2,45, p < 0,01$) i problemy somatyczne ($Z = 3,86, p < 0,001$). Natomiast w grupie osób poddanych leczeniu w więzieniu występują częściej problemy prawne ($Z = -5,45, p < 0,00001$).

Tab. 3. Rozkład wyników badanych osób według wyróżnionych problemów w grupach OPS i ZK uczestniczących w programie psychoterapii uzależnień

Nazwa zmiennej	Grupa OPS Me	Grupa ZK Me	Wartość testu Z	Poziom istotności $p < 0,05^*$
Problemy w pracy	0	1	-0,52	0,57
Problemy interpersonalne	4	1	5,46	0,00001
Problemy rodzinne	4	2	4,56	0,0004
Problemy finansowe	5	4	1,61	0,09
Problemy z prawem	1	5	-5,45	0,00001
Stosowanie przemocy	2	1	2,45	0,01
Problemy somatyczne	4	2	3,86	0,001
Problemy psychiczne	3	3	-0,95	0,23

* dla testów dwustronnych

W wyróżnionych 37 zmiennych testu ACL istotne statystycznie różnice wystąpiły w 24 zmiennych pomiędzy grupą osób uczestniczących w psychoterapii uzależnień w ośrodku pomocy społecznej i zakładzie karnym (tab. 4). Różnice dotyczą następujących zmiennych: Fav – liczba przymiotników pozytywnych ($Z = 2,59, p < 0,009$), Ufv – Liczba przymiotników negatywnych ($Z = -4,91, p < 0,000001$), Com – Typowość ($Z = -2,69, p < 0,007$), Ach – Potrzeba osiągnięć ($Z = -3,22, p < 0,001$), Dom – Potrzeba dominacji ($Z = 2,55, p < 0,01$), Nur – Potrzeba opiekowania się ($Z = -2,65, p < 0,008$), Aff – Potrzeba afiliacji ($Z = -3,91, p < 0,0008$), Exh – Potrzeba ujawniania się ($Z = 2,74, p < 0,006$), Agg – Potrzeba agresji ($Z = 5,26, p < 0,000001$), Cha – Potrzeba zmiany ($Z = 2,29, p < 0,02$), Crs – Gotowość na poddanie się poradnictwu psychologicznemu ($Z = 3,63, p < 0,0003$), Scn – Samokontrola ($Z = 2,77, p < 0,005$), Iss – Idealny obraz siebie ($Z = 2,89, p < 0,004$), Mas – Męskość ($Z = -3,38, p < 0,007$), Fem – Kobiecość ($Z = -4,47, p < 0,000009$), Cp – Krytyczny rodzic ($Z = -3,79, p < 0,0001$), A – Dorosły ($Z = 3,32, p < 0,0007$) i Fc – Wolne dziecko ($Z = -3,54, p < 0,0003$), (Ac) – Adaptowane dziecko ($Z = 2,39, p < 0,01$), A1 – Wysoka oryginalność, niska inteligencja ($Z = -2,71, p < 0,006$), A2 – Wysoka oryginalność, wysoka inteligencja ($Z = -4,14, p < 0,00003$), A3 – Niska oryginalność, niska inteligencja ($Z = -3,34, p < 0,0009$), A4 – Niska oryginalność, wysoka inteligencja ($Z = -2,93, p < 0,003$).

Tab. 4. Rozkład wyników badanych osób w Teście Przymiotnikowym (ACL)

Nazwa zmiennej	Grupa OPS Me	Grupa ZK Me	Wartość testu Z	Poziom istotności $p < 0,05^*$
Nck	55	66	-1,81	0,06
Fav	30	23	2,59	0,009
Ufv	3	6	-4,91	0,0001
Com	3	5	-2,69	0,007
Ach	2	5	-3,22	0,001
Dom	2	1	2,55	0,01
End	2	3	-0,51	0,61
Ord	2	3	-0,29	0,76
Int	4	5	-1,55	0,12
Nur	3	6	-2,65	0,008
Aff	5	11	-3,91	0,0008
Het	3	4	-0,2	0,8
Exh	4	0	2,74	0,006
Aut	2	1	1,74	0,07
Agg	7	1	5,26	0,000001
Cha	2	1	2,29	0,02
Suc	2	2	-0,14	0,88
Aba	2	3	-1,26	0,26
Def	2	2	-0,46	0,63
Crs	7	3	3,63	0,0003
Scn	2	1	2,77	0,005
Scf	3	3	-0,48	0,64
Pad	4	3	-0,73	0,41
Iss	7	4	2,89	0,004
Cps	1	0	2,34	0,01
Mls	3	3	-0,51	0,61
Mas	2	5	-3,38	0,0007
Fem	4	7	-4,47	0,000009
Cp	3	5	-3,79	0,0001
Np	2	2	-0,31	0,74
A	7	4	3,32	0,0007
Fc	7	3	3,54	0,0003
Ac	6	4	2,33	0,01
A1	1	3	-2,71	0,006
A2	2	5	-4,14	0,00003
A3	2	5	-3,34	0,0009
A4	3	6	-2,93	0,003

* dla testów dwustronnych

Z uwagi na wielość zmiennych, jakie wystąpiły w badaniach testem ACL, trudno wnioskować, które ze zmiennych były istotne dla uczestnictwa badanych w programie psychoterapii uzależnień. Stąd też (za Płużek, 1985) wyróżniono następujące zespoły zmiennych, które były ważne dla tych osób i ich optymalnego funkcjonowania: postawy obronne i samokontrola – skale: Liczba przymiotników pozytywnych, Potrzeba podporządkowania, Samokontrola, Zaufanie do siebie; Potrzeby związane z dążeniami i osiągnięciem celów – skale: Potrzeba osiągnięć, Potrzeba dominacji, Potrzeba wytrwałości, Potrzeba porządku; potrzeby związane ze stosunkami interpersonalnymi – skale: Potrzeba rozumienia siebie i innych, Potrzeba opiekowania się innymi, Potrzeba afiliacji, Potrzeba kontaktów heteroseksualnych, Dobre przystosowanie.

Powyższą klasyfikację uwzględniono w charakterystyce psychologicznej uzależnionych osób, w analizie badań.

III. ANALIZA WYNIKÓW

Analizując dane demograficzne i psychospołeczne uzyskane w przeprowadzonych badaniach, można zauważyć różnice w problemach, jakie występują u osób podejmujących psychoterapię uzależnienia od alkoholu w zakładzie karnym w porównaniu z osobami z ośrodka pomocy społecznej. Mianowicie, był to mężczyzna w wieku 35-44 lat, a więc młodszy średnio o 10 lat od podopiecznego w programie wolnościowym, a także częściej będący żonaty; nie było tutaj żadnego konkubenta. Jest to zgodne z innymi badaniami prowadzonymi w Polsce i za granicą, z których wynika, że w tym wieku najczęściej mężczyźni podejmuje różnego rodzaju leczenie (medyczne lub psychologiczne) uzależnienia od alkoholu w związku z występującymi problemami zdrowotnymi lub zawodowymi (Wald, 1990; Moss, 2003).

Wśród podopiecznych z zakładu karnego było mniej osób samotnych, ale więcej osób zamieszkujących z rodziną oraz więcej osób bezdomnych. Jeśli chodzi o zatrudnienie, to w grupie osób z zakładu karnego przeważały osoby bez pracy, natomiast nie było więźniów o statusie emeryta. Osoby biorące udział w więziennej terapii charakteryzowały się krótszym średnim czasem uzależnienia (12,5 roku, natomiast w grupie kontrolnej 16,2 roku) i zarazem niskim poziomem nadużywania leków. Motywacją do podjęcia leczenia uzależnienia od alkoholu wśród więźniów była presja najbliższych osób (utrata żony, dzieci) oraz zobowiązanie przez sąd.

Istotny w tym opisie może być fakt, że 89,2% badanej grupy nie korzystało do tej pory z terapii uzależnienia w sposób adekwatny do aktualnego stanu wiedzy o uzależnieniach (model psychologiczny lub Anonimowych Alkoholików). Ważne może być także to, że w grupie tej było mało prób podejmowania leczenia uzależnienia od alkoholu. Uczestnicy więziennej terapii to osoby najczęściej przebywające w odosobnieniu po raz pierwszy za czyny karalne przeciwko rodzinie, mieniu, ale też czyny zabójstwa. Bardzo ważny jest brak recydywy, gdyż tacy więźniowie najlepiej rokują w terapii uzależnienia od alkoholu (McMurrin, 1995). Potwierdził się też stan, o którym wiadomo nie od dziś, że w wymienionych kategoriach przestępstw (przeciwko mieniu i zdrowiu) używanie alkoholu w 60% było katalizatorem negatywnych zachowań. Fakt ten może stanowić bardzo istotną przesłankę do prowadzenia terapii uzależnień w zakładzie karnym dla tych osób ze względów społecznych (Hołyst, 1999; Boyle, 2000).

Osoby uzależnione z zakładu karnego wykazują niestety bardzo niski poziom samokrytyki w zakresie swoich problemów interpersonalnych, rodzinnych, z przemocą i somatycznych. Jedyne, co dostrzegają w swoim życiu, to najczęściej problemy prawne. Znajduje to odzwierciedlenie we wcześniejszych badaniach Holahana (2001) i Longato-Stadler (2002), z których wynika, że więźniowie często nie dostrzegają swoich problemów interpersonalnych i rodzinnych.

Powyższe badania można zinterpretować też w następujący sposób. Więźniowie odnieśli swoje kontakty międzyludzkie tylko do zakładu karnego i tam rzeczywiście większość z nich (szczególnie podkultura grypsujących) miała dobre samopoczucie w kontaktach z innymi ludźmi, ale nie widziała adekwatnie swoich umiejętności interpersonalnych poza zakładem karnym. Z tego powodu może wyłonić się także ważne zadanie dla terapeutów, by mocno zwrócili uwagę na ten problem, ponieważ poprawa funkcjonowania więzi rodzinnych lub małżeńskich (partnerskich) może być pozytywnym bodźcem do utrzymania trzeźwości badanych więźniów po opuszczeniu zakładu karnego. Na ten fakt zwraca mocno uwagę także Juczyński i współautorzy (1992) oraz Burdon i współpracownicy (2004).

Na podstawie wyników otrzymanych w teście ACL w grupie więźniów uzależnionych od alkoholu można scharakteryzować ich funkcjonowanie psychologiczne. Są to osoby prowokujące swoim zachowaniem oraz słabo przestrzegające społecznych norm i wartości. Z trudnością nawiązują kontakty interpersonalne, szybko się obrażają i czasami są wrogo nastawione lub obojętne w stosunku do innych. Wykazują duży poziom energii i przedsiębiorczości w realizowaniu swoich osobistych celów, nawet z użyciem agresji, chociaż w tych badaniach poziom agresji jest obniżony, co może świadczyć o nieprzywiązywaniu wagi do tego

problemu. Nie wykazują one także dużego poziomu gotowości do pomocy innym ludziom ani też chęci do zmian w swoim życiu. Pomimo różnych zdolności, trudno im cokolwiek do końca zrealizować, co może skutkować podwyższonym poziomem wewnętrznej irytacji i złości.

Analizując uzyskane wyniki i uwzględniając klasyfikację Płużek (1985) można powiedzieć, że u badanych więźniów wystąpiło duże nasilenie postaw obronnych i samokontroli zachowania, co źle rokuje dla uczestnictwa w programie psychoterapii osób uzależnionych, bo świadczy o braku rozbicia mechanizmów obronnych podtrzymujących destrukcyjny wzór picia alkoholu. Potwierdzają to wcześniejsze badania Millera (2002). Dotyczy to także w takim samym stopniu samokontroli zachowania, gdyż może ono być skoncentrowane na kontroli picia alkoholu i zachowań z nim związanych. Może to być zrozumiałe w świetle tego, co podaje Siek (1985): funkcjonowanie nawet dobrze przystosowanej osoby jest niemożliwe bez używania przez nią mechanizmów obronnych. Wydaje się więc jasne, że w chwili przyjęcia na oddział terapii uzależnień, w nowe miejsce, do nowych ludzi, wielu więźniów mogło zareagować wzmożonym poziomem samokontroli. Ważne fakt dla terapeutów być to może, by taki stan nie utrzymywał się przez cały okres psychoterapii, ponieważ będzie ona nieefektywna.

W grupie potrzeb związanych z dążeniami i osiąganiem celów prawie wszystkie zmienne były na niskim poziomie, co może być także dużym utrudnieniem w postępkach w psychoterapii uzależnień. Ale też było wielkim wyzwaniem dla terapeutów do obudzenia w więźniach chęci do osiągania przez nich celów dotyczących zdobywania umiejętności psychologicznych służących do prowadzenia trzeźwego życia, aby umiejętności psychologiczne nabyte w zakładzie karnym były wykorzystane do zadowalającego stylu życia bez udziału alkoholu także poza więzieniem. Podobne postulaty sformułował także Chodkiewicz (2001) oraz Prendergast i współautorzy (2004).

W grupie potrzeb związanych z zachowaniami interpersonalnymi uzależnionych więźniów poziom zmiennych był niski, co w świetle wcześniejszej charakterystyki demograficznej wydaje się prawdopodobne, ponieważ u większości z nich problemy prawne wynikały ze słabych kontaktów personalnych (spowodowanych niepłaceniem alimentów, przemocą).

Podobną charakterystykę osób leczących się z uzależnienia przedstawił po swych badaniach Moos (2000, 2004), który wskazał na ważną rolę związków interpersonalnych i wsparcia, jakie dają inne osoby w tym procesie. Zasygnalizował też znaczenie takich czynników, jak radzenie sobie ze stresem oraz podjęcie pracy zawodowej.

IV. WNIOSKI

1. Dalsze badania powinny iść w kierunku szerszej diagnozy struktury osobowości badanych, np. poziomu lęku i niepokoju, być może całej sfery emocjonalnej. Z doświadczeń wynikających z przeprowadzonych badań widać, że ważna byłaby także diagnoza sfery poznawczej osób poddających się psychoterapii uzależnień w zakładzie karnym.

2. Osoby uczestniczące w więziennej terapii uzależnień potrzebują przede wszystkim długotrwałej, zindywidualizowanej pomocy psychologicznej, co wymaga dobrego przygotowania merytorycznego kadry terapeutycznej, ale też odpowiednio zorganizowanej opieki postpenitencjarnej.

BIBLIOGRAFIA

- Black, D., James M., Rogers, P. (2007). The association between a self-reported history of mental health problems of parasuicide in a sample of UK male prisoners. *International Journal of Nursing Studies*, 3, 427-434.
- Boyle, K., Polinsky, M. L., Hser, Y. (2000). Resistance to drug abuse treatment: A comparison of drug users who accept or decline treatment referral assessment. *Journal of Drug Issues*, 3, 565-574.
- Burdon, W. M., Messina, N. P., Prendergast, M. L. (2004). The California treatment expansion initiative: Aftercare participation, recidivism, and predictors of outcomes. *Prison Journal*, 1, 61-80.
- Chodkiewicz, J. (2001). Rola zasobów osobistych w utrzymaniu abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 2, 277-289.
- Gough, H. G., Heilbrun, A. B. (1980). *The Adjective Check List*. Palo Alto, CA: Manual Consulting Psychologists Press.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: A ten year model. *Journal of Studies on Alcohol*, 2, 190-198.
- Hołyst, B. (1999). *Kryminologia*. Warszawa: PWN.
- Juczyński, Z., Szamborska, J., Jędrzejczyk, A. (1992). Wyznaczniki efektywności leczenia osób uzależnionych od alkoholu. *Psychiatria Polska*, 5, 411-419.
- Juros, A., Oleś, P. (1990). *Test Przymiotników ACL H. G. Gougha i A. B. Heilbruna* (mps).
- Kulpa, A. (1983). Obraz samego siebie u chorych z zespołem zależności alkoholowej. *Problemy Alkoholizmu*, 6, 9-10.
- Longato-Stadler, E., Klinteberg, B., Hallman, J. (2002). Personality traits and platelet monoamine oxidase activity in a Swedish male criminal population. *Neuropsychobiology*, 4, 202-208.
- Masiak, M., Chuchra, M., Gąszcz, E., Leszczuk, A. (1989). Czynniki osobowościowe i środowiskowe a efektywność leczenia uzależnienia alkoholowego w warunkach oddziału psychiatrycznego i nerwicowego. W: Z. Bizoń, W. Szyszkowski (red.), *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień* (s. 163-169). Warszawa: PWN.

- McMurran, M. (1995). Alcohol interventions in prisons. *Psychology, Crime & Law*, 1, 1-12.
- McMurran, M., Baldwin, S. (1989). Services for prisoners with alcohol-related problems: A survey of U.K. prisons. *British Journal of Addiction*, 84, 1053-1058.
- Mellibruda, J. (1992). O programach intensywnej terapii uzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 10, 29-39.
- Miller, W. R., Walters, S. T., Bennett, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment? *Journal of Studies on Alcohol*, 2, 211-220.
- Moos, R. H., Finney, J. W., Moos, B. S. (2000). Inpatient substance abuse care and the outcome of subsequent community residential and outpatient care. *Addiction*, 6, 833-846.
- Moos, R. H. (2003). Addictive disorders in context: Principles and puzzles of effective treatment and recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1, 3-12.
- Moos, R. H., Brennan, P., Moos, B. S. (2004). Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems older women and men. *Addiction*, 7, 829-838.
- Ostrowska, K. (1981). *Psychologiczne determinanty przestępczości młodocianych*. Warszawa: PWN.
- Pilecka, B. (1991). *Koncepcja własnej osobowości u osób uzależnionych od środków odurzających*. Rzeszów: WSP.
- Plużek, Z., Łazowski, J. (1985). Porównanie pacjentów z chorobą wrzodową i z grupami kontrolnymi w badaniach poszczególnymi testami. W: J. Łazowski (red.), *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy* (s. 78-97). Warszawa: PZWL.
- Prendergast, M. L., Campos, M., Farabee, D. (2004). Reducing substance use in prison: The California Department of Corrections. *Prison Journal*, 2, 265-280.
- Rapp, R. C., Siegal, H. A., DeLiberty, R. N. (2003). Demographic, and clinical correlates of client motivation among substance abusers. *Health & Social Work*, 2, 107-115.
- Siek, S. (1985). *Autopsychoterapia*. Warszawa: ATK.
- Sławińska, J. (1989). Więźniowie uzależnieni od alkoholu w świetle badań MMPI. *Problemy Alkoholizmu*, 12, 12-13.
- Sułek, A. (1983). *Logika analizy socjologicznej*. Warszawa: Wyd. UW.
- Ślaski, S. (1996). Charakterystyka modeli uzależnień występujących w Polsce. *Studia z Psychologii*, 6, 123-133.
- Ślaski, S. (2005). Kondycja psychiczna u osób uzależnionych od alkoholu – zmiany po psychoterapii. W: M. Ledzińska, G. Rudkowska, L. Wrona (red.), *Psychologia współczesna: oczekiwania i rzeczywistość* (s. 397-409). Kraków: AP.
- Ślaski, S. (2006). Ocena zmian samoświadomości prywatnej i publicznej w trakcie psychoterapii więźniów uzależnionych od alkoholu. *Psychiatria Polska*, 3, 609-619.
- Wald, I. (1990). *II raport o polityce wobec alkoholu*. Warszawa: MZiOS.
- Walfish, S., Blount, W. (1989). Alcohol and crime. *Criminal Justice and Behavior*, 16, 370-386.
- Weisner, C., Matzger, H., Kaskutas, L. A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 7, 901-911.

PERSONALITY AND SOCIAL PROBLEMS
OF THE PARTICIPANTS OF THE PENITENTIARY THERAPY
OF ALCOHOL ADDICTION – “ATLANTIS”

S u m m a r y

This study tested a general hypothesis that the participants of addiction therapy programme in a penitentiary institution reveal more psychological, social, legal and medical disorders than addicts who are not imprisoned. One hundred eighteen prisoners with alcohol dependence who participated in therapy were investigated as well as a control group of 29 alcohol addicts participating in therapy at large. The Adjective Check List and interview techniques were used. The following personal problems were identified among the imprisoned participants: they committed criminal offences against family, property and murders, they revealed a very limited self-assessment with respect to their interpersonal and family problems, with violent behaviour or somatic problems. They revealed strong defensive behaviour and self-control, low ambitions and little perseverance in pursuit of alcohol abstinence. Future research should take into account wider diagnosis of the personality structure – the entire emotions sphere and the cognitive characteristics of the persons undergoing addiction psychotherapy in prison.

Key words: alcohol addiction, prisoners.